



DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
FOSTER CARE ADMINISTRATIVE REVIEW
양육 관리의 재검토

아동의 이름 _____ 아동의 사건 번호(case number) _____

아동의 양육 배치된 시작 날짜 _____ 관리의 재검토된 날짜 _____ / _____ / _____

재검토 하게된 장소 (도시 이름) _____

1. 아동의 부모들(보호자들)은 _____에 의하여(로 통하여), 그들이 이러한 재검토 위원회에 참석 할수있는 기회가 있다는 사실을 이미 편지로 통보했으며 조언하여 주었음.

A. 필요한 아동 보호 사항:

- 이 아동은 가정 보호 서비스에서 나와야 할 필요가 더이상 없음.
 이 아동은 본래 부모들(친척, 혹은 보호자들)에게 _____ 날짜에 반드시 되돌려 보내야 함.
 이 아동은, 아래에 나온 이유 때문에, 가정 보호 서비스로 부터 계속해서 나와야 할 필요가 있음.

B. 양육 배치의 적당성 (배치 되어진 곳은 최소한의 구속성을 띠우는, 아동의 부모의 집으로부터 가장 가까운 곳에 정하며, 또한 어린이에게 적용되는 특별 필요성과 이런 아동에게 가장 적합한 곳에 배치 되어짐)

- 이 어린이는 지금 가장 적합한 양육 배치 장소에 거하고 있음.
 추가로, 그외 다른 적합한 양육 배치 장소를, 아래에 나타난 곳을 포함하여 물색해야 함.

C. 법에 관한 현 상태:

- 서로 승락하는 점에 기준하여 아동의 양육 배치는 반드시 계속 되어야 함.
다음번 관리의 재검토는 _____ / _____ / _____ 날짜까지 되어야 함.
 아동의 양육 배치의 문제는 법정의 판결 사항에 따라 반드시 변동 되어야 함.
의존상태 (보호령) / 임시대책 개인 가정 배치는 _____ / _____ / _____ 날짜까지 확증 되었음.
 법정 판결 사항에 따라서, 아동의 양육 배치는 계속 되어야 함.
다음번 법정의 재검토 날짜는 _____ / _____ / _____ 까지 되어야 함.

그외 추가 의견등:

D. DSHS (사회 건강 복지국)의 개인을 위한 서비스 계획의 승낙(응낙) 사항:

- 해당 어린이가 다시 본 가정으로 되돌아 갈수 있도록 도와 주기 위해서, 아래에 나타난 서비스를 포함하여 어린이와 그 가족에게 서비스를 제공하였음:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 가족/개인의 상담 서비스 | <input type="checkbox"/> 가족/개인의 평가, 검토되었음 |
| <input type="checkbox"/> 의료와 진찰 서비스 | <input type="checkbox"/> 가족과 조화, 화해를 위한 서비스 |
| <input type="checkbox"/> 아이 돌보는 서비스 | <input type="checkbox"/> 그외 _____ |
- 추가 의견등(승낙 되어진 내용과 성공적인 서비스에 관하여 이야기 하십시오) _____

E. 해당 어린이가 배치된 양육 보호 장소에서 잘 적응을 하도록 도와 주기 위하여 아래와 같은 서비스를 제공해 오고 있음:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 개인 상담(카운셀링) | <input type="checkbox"/> 평가 와 검토 서비스 |
| <input type="checkbox"/> 의료와 진찰 서비스 | <input type="checkbox"/> 가족과 조화, 화해를 위한 서비스 |
| <input type="checkbox"/> 연기, 유예 보호 서비스 | <input type="checkbox"/> 그외 _____ |

추가 의견등:

F. 가족/아동의 ISP 응락사항:

서로의 왕래 방문은 대강 _____ 마다 _____ 번씩 하고 있음.

그외 가끔가다 생긴 왕래(방문) 하게된 이유는 아래와 같은 결과 때문에 일어났음: _____

그외 다른 가족/아동의 경우 ISP 응락하여 행하는 예는, 아래와 같음: _____

G. 이 어린이는 본 가정으로 되돌아 가거나 또는, 또하나의 영구적인 계획으로써, 진행하고 있는 평가 해보면: _____

H. 이 어린이는 가정으로 되돌려 보내 질것으로 예상되며, 그렇지 않으면 달리 택할 방법으로 영구적인 보호 배치가 ____ / ____ / ____ 날짜 전이나 또는 이 날짜 까지 끝나야함.

I. 이사회는 현재 제출된 ISP와 관련 서류를 재검토 했고, 또한 아래에 나타난 이사회 참석인들의 충분한 조언에 기준한 결과로, 아래와 같은 추천 사항을 제시하게 되었음. _____

2. 이러한 재검토 회의 참석인들은:

아동(12세 이상) 아동의 어머니 아동의 아버지
 DCFS 케이스 담당 직원
 양육 부모; PRIVATE AGENCY _____ 를 대표하는 케이스 담당직원 _____ (이름).

그외 참석인 _____

3. 그외 같이 참석한 재검토 위원회 회원들: _____, 위원회 회장과: _____

위원회 회장으로써, 본인은 아래처럼 증명(증언) 합니다:

이 재검토 회의는 아동(12세 이상)과 아동의 부모에게 재검토 위원회에 관해, 사전에 통보하여 알렸으며, 또한 참석 할수 있는 기회를 주었음을 증명합니다. 아래에 기록(싸인)한 재검토 위원회의 회원들은, 이 아동과 또는 아동의 가족에게 관한 양육 관리 문제, 또는 서비스 제공에 대한 아무런 책임이 없었고, 현재 없음을 증명합니다.

성명/지위 _____

날짜: _____ / _____ / _____

성명/지위 _____

성명/지위 _____ 위원장, 관리 재검토 심사원단